

국민 보건 서비스부
Linda Walsh, Interim Commissioner
1000 Commonwealth Ave.
Newton, MA 02459

전화번호 617.796 1420 팩스 617.552.7063
TDD/TTY 617.796.1089

학부모/보호자님들께:

2014년 9월 15일

국민 보건 서비스부는 모든 뉴튼 유치원생부터 12학년 학생들에게 또다시 독감 백신을 제공하게 됨을 기쁘게 생각합니다.

독감 주사와 독감 흡입식 백신 모두 학교 수업 시간동안 무료로 시행 되어질 것입니다. 메사추세츠 공중 보건국이 학생들을 위한 독감 백신을 제공하기 때문에, 독감 백신 프로그램은 이번 해에 다시 무료로 시행됩니다만, 백신 시행을 위한 경비 공제를 돕기위해 보험 정보를 요청합니다.

진료소는 각 뉴튼 공립 학교 내에서 10월부터 11월 중순 사이에 열릴 것입니다. 특정 진료 날짜는 온라인 www.newtonma.gov/flu에 공시되고, 각 학교를 통해 안내되어질 것입니다.

여러분의 자녀를 등록하기 위해서는 자녀 학교의 진료 날짜 이틀전까지는 학교 간호사에게 아래 두가지 서류 형식을 보내야만 합니다:

1. 허락/심사 서류 형식
2. 백신 시행 기록 및 보험 정보 서류 형식

서류 형식들은 온라인 www.newtonma.gov/flu 또는 학교 간호실에서 얻을 수 있습니다. 등록하지 않은 학생은 백신을 받을 수 없습니다.

허락/심사 서류 형식에 부모님께서 독감 주사 또는 흡입식 백신 두 유형 중 하나를 선택하도록 되어 있습니다. 백신의 위험성과 혜택을 포함한 각 백신 유형에 관한 정보는 www.newtonma.gov/flu에 공시되어 있는 백신 정보 기술에 서술되어 있습니다. 또한 학교 간호사도 정보를 알고 있으며, 여러 질문에 답할 수 있습니다.

독감 주사와 흡입식 백신 모두는 독감의 4가지 변종에 대해 보호를 합니다. 질병 관리 예방 센터(CDC)는 6개월 이상의 모든 이에게 백신 접종을 권장합니다. CDC는 또한 첨으로 2살에서 8살까지의 어린이들에게 두 형태의 백신 접종이 가능할때는 독감 주사보다는 흡입식 백신 선호를 권장합니다.

올해는 메사추세츠 법에 따라서 메사추세츠 예방 접종 정보 시스템(MIIS)으로 알려진 컴퓨터 예방 접종 레지스트리에 실시한 독감 백신 접종을 보고할 것입니다. MIIS의 모든 기록을 의료 기관, 학교 간호사, 건강, 예방 접종을 염려하는 주 에이전트와 정보를 공유할 것입니다. 귀하는 MIIS의 예방 접종 정보 공유에 대한 권리를 가지고 있습니다. 더 자세한 정보는 귀하의 의료 보건 제공자 또는 MIIS의 www.mass.gov/dph/miis 사이트나 메사추세츠 예방 접종 프로그램 연락처 617-983-6800이나 888-658-2850으로 직접 연락하십시오. 거부 양식이 www.newtonma.gov/flu에서 가능하며 작성 하신후 학교 간호사에 반환합니다.

해마다 아이들은 인플루엔자로 인한 심각한 합병증 형성 위험에 처하고 있습니다. 독감 백신이 독감으로부터 아이들을 보호할 수 있는 가장 좋은 방법입니다. 여러분이 이 중요한 예방 프로그램의 혜택을 얻게 되시기를 바랍니다.

감사합니다.

루스 호시노
학교 간호사 감독자

데이비드 프레쉬먼
교육감

Health & Human Services Department(보건 서비스부)

Linda Walsh, Interim Commissioner

1000 Commonwealth Ave. Newton, MA 02459
Telephone 617.796.1420 Fax 617.552.7063 TDD/TTY 617.796.7089

학생의 플루 백신 승인과 심사 서류 형식 2014-2015

Child's Last Name 자녀의 성	Child's First Name 자녀의 명	Date of Birth 생년월일	Age 나이	Gender 성별 M 남자 F 여자
Parent/Guardian Last Name 학부모/보호자의 성	Parent Guardian First Name 학부모/보호자의 명	Parent/Guardian Daytime Phone 학부모/보호자의 낮 전화번호		
School Name 학교 이름	Teacher (K to 5th grade) 선생님(유치원에서 5학년까지) OR Team (6th to 8th grade) 또는 팀(6학년에서 8학년) Leave Blank for 9th-12 graders (9학년에서 12학년 공란으로 남기기)	Grade 학년		

Select either flu shot or nasal spray(독감 백신 주사 접종이나 흡입식 백신)

•Answer screening questions only for type of Vaccine(선택하신 백신 질문 사항에만 대답하십시오)

•Sign below those screening questions 대답하신 질문 사항 밑에 서명을 하십시오.

•A "YES" to any question(except #12) indicates your child cannot receive that type of vaccine. If you are not sure of the answers to these questions, contact your child's health care provider.귀하의 자녀가 백신 접종을 하지 못하는 심사 질문 사항 (#12 번 제외)YES(예)란에 표시하십시오. 만약 질문에 의문이 가지면 자녀의 주치의에게 연락하십시오..

Check ONE box below for the vaccine you want your child to receive(귀하의 자녀의 백신 선택을 아래에서 한가지만 선택하시고 체크해주시요.)



FLU SHOT (독감 백신 주사 접종)

또는



NASAL SPRAY(흡입식 독감 백신)

	Yes 예	No 아니요
1 Does your child have a problem eating eggs? 여러분의 자녀가 계란 섭취에 문제가 있습니까?		
2 Does your child have an allergy to gentamicin, meomycin, polymixin or orgelatin? 여러분의 자녀가 겐타마이신, 메오마이신, 폴리믹신 또는 젤라틴에 알러지가 있습니까?		
3 Has your child ever had a serious reaction to a previous does of flu vaccine? 여러분의 자녀가 전에 접종한 플루 백신에 대한 심각한 반응을 보였습니까?		
4.Has your child ever had Guillain-Barre Syndrome(a type of temporary severe muscle weakness)within 6 weeks after receiving a flu vaccine?여러분의 자녀가 독감 주사를 맞은 후 6 주내에 기행바렌 신드롬(일시적인 심각한 근육 약해짐)을 보인적이 있습니까?		

	Yes 예	No 아니요
1.Does your child have a problem eating eggs?여러분의 자녀가 계란 섭취에 문제가 있습니까?		
2. Does your child have an allergy to gentamicin, meomycin, polymixin or gelatin?여러분의 자녀가 겐타마이신, 메오마이신, 폴리믹신 또는 젤라틴에 알러지가 있습니까?		
3.Has your child ever had a serious reaction to a previous does of flu vaccine in the past?여러분의 자녀가 전에 접종한 플루 백신에 대한 심각한 반응을 보였습니까?		
4.Does your child have asthma,diabetes(or other type of metabolic disease), or disease of the lungs,heart,kidneys,liver,nerves,or blood?여러분의 자녀가 천식, 당뇨 (또는 다른 형태의 신진대사 질병), 또는 폐, 심장, 신장, 간, 신경, 또는 피 질병을 앓은 적이 있습니까?		
5.If you child is younger than 5 years old, has a healthcare provider told you that your child had wheezing or asthma within the last 12 months?여러분의 자녀가 5 살 이하이며, 지난 12 개월 내에 주치의가 여러분의 자녀가 숨을 쉴때가리거나, 천식을 가졌다고 말한 적이 있습니까?		
6. Does your child have a weak immune system (for example, from HIV, cancer, or medications such as steroids or those used to treat cancer)? 여러분의 자녀가 약한 면역 체계를 가지고 있습니까 (예를 들면 후천성 면역 결핍, 암 또는 암치료에 사용되는 스테로이드나 스테로이드와 같은 약물)		
7.Is your child taking antiviral medications?여러분의 자녀가 항 바이러스 약물을 복용하고 있습니까?		
8. Is your child on long-term aspirin or aspirin-containing therapy (for example, does your child take aspirin every day?)여러분의 자녀가 장기간 아스피린 또는 아스피린이 함유된 치료를 하고 있습니까? (예를 들면, 아스피린을 매일 복용합니까?)		
9. Is your child pregnant? 여러분의 자녀가 임신했습니까?		
10. Has your child ever had Guillain-Barre Syndrome(a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine?.여러분의 자녀가 독감 주사를 맞은 후 6 주내에 기행바렌 신드롬(일시적인 심각한 근육 약해짐)을 보인적이 있습니까?		
11. Does your child have close contact with a person who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)?여러분의 자녀가 보호된 환경에서 보살핌을 받아야할 사람과 가깝게 접촉을 합니까? (예를 들면 최근에 뼈 골수 이식을 받은 사람)		
12 Has your child received any other vaccinations (not just flu) in the past 30 days? .여러분의 자녀가 지난 30 일 동안 백신 (독감만이 아닌)을 접종하였습니까?		
Vaccine 백신 _____ Date 날짜 _____/_____/_____		

I have read the 2014-2015 Vaccine Information Statement for the flu shot and understand the risks and benefits.
저는 2014-2015 독감 백신 주사 접종을 위한 백신 정보 보고서를 읽었으며, 그 위험과 혜택을 이해합니다.
I GIVE CONSENT for my child to get vaccinated with this vaccine.
저는 저의 아이가 이 백신으로 접종되는 것을 허락합니다 .

Parent/Guardian Signature 학부모/보호자서명 _____ DATE:날짜 _____

I have read the 2014-2015 Vaccine Information Statement for the nasal spray and understand the risks and benefits. 저는 2014-2015 년 흡입식 독감 백신 주사 접종을 위한 백신 정보 보고서를 읽었으며, 그 위험과 혜택을 이해합니다.I GIVE CONSENT for my child to get vaccinated with this vaccine. 저는 저의 아이가 이 백신으로 접종되는 것을 허락합니다 .

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: 학부모/보호자 _____ DATE:날짜 _____

6 개월부터 8 살 이하의 어린이

이 나이의 아이들은 2014-2015 년 독감 백신을 다음의 경우를 제외하고는 적어도 4 주 간격으로 두번을 맞아야합니다.:

- 2013-2014 년 계절 독감 백신을 적어도 한번 접종 또는
- 이전에 계절 독감 백신을 적어도 2 번 맞고 2009 년 (H1N1)을 포함한 백신을 최소한 한번 접종

주치의에게 연락하여 두번째 접종을 받거나 다른 진료소를 위해 www.newtonma.gov/flu 를 방문하십시오.

2014-2015학생 백신 시행 기록 및 보험 정보 서류 형식

The completion of this form is necessary for every vaccine recipient. If no insurance information is available, please fill out as much as possible using existing information.(모든 예방 접종을 받는 사람은 이 서류를 필히 작성해 주십시오. 보험 정보가 없을 경우, 갖고 계신 정보를 사용하여 가능한 많은 정보를 작성해 주십시오.)

Information about the person to receive vaccine(please print) **예방 접종 받는 사람에 관한 정보 (활자체로 기입)* 꼭 기입사항**

Name (Last, First, MI)* 이름 (성, 명, 중간명)	Date of Birth(생년월일)* Month월, Day일, Year년	Age*나이	Sex(성별):(circle 동그라미)* Male(남자) Female(여자)
Street Address(길 주소):*			
City:시*	State 주:*	Zip 우편번호:*	Phone 전화번호:*

Insurance Information(보험 정보): 전체 가입 아이디 번호와 번호의 부분인 어떠한 글자도 포함하십시오.

Name of Insurance Company*(보험회사 이름)	Member ID Number:*(가입자 아이디 번호)	Group ID Number(if available) 그룹 아이디 번호 (해당하면)
-------------------------------------	--------------------------------	---

If person getting vaccinated is not the subscriber, please complete the following: **백신 받는 사람이 가입자가 아니면 아래를 적어주십시오.(보통은 부모/보호자)**

Subscriber's Name (Last, First, MI)* 가입자의 이름 (성, 명, 중간명)*	Subscriber's Date of Birth*주 가입자 생일* Month(월) Day(일) Year(년)	Sex(성별):(circle *동그라미) Male(남자) Female(여자)	
Subscriber's Street Address(주 가입자의 길 주소)*(If different from address above) 위의 적은 주소와 다르다면 기입			
City:시*	State 주:*	Zip 우편번호:*	Phone 전화번호:*
Patient Relationship to Subscriber: (circle)* 가입자와 환자의 관계 (동그라미)*	Spouse 배우자	Child 자녀	Other 기타

For children 18 years age and younger(18세 이하의 어린이)

Is Vaccine For Children(VFC)Program eligible:(어린이 백신 프로그램 자격입니다.)	
<input type="checkbox"/>	Is enrolled in Medicaid(includes MassHealth and HMOs etc. if enrolled through Medicaid) 메디케이드에 등록되어 있습니다.(메디케이드를 통한 매스 건강 HMO등을 포함)
<input type="checkbox"/>	Does not have health insurance.건강 보험이 없습니다.
<input type="checkbox"/>	Is American Indian(Native American) or Alaska Native미국 인디언 (미국 원주민)또는 알래스카 원주민입니다.
Is not VFC-eligible:(어린이 백신 프로그램에 자격이 아닙니다.)	
<input type="checkbox"/>	Has health insurance and is not American Indian(Native American) or Alaska Native 건강 보험이 있고 미국 인디언(미국 원주민) 또는 알래스카 원주민이 아닙니다.

I give Permission for my insurance company to be billed.

저의 보험 회사에 청구 되어짐을 허락합니다.

X _____ (환자, 학부모 또는 법적 보호자의 서명) _____ Date(날짜)

For Clinic/Office Use Only:진료/사무실 사용란 Signature of Vaccine Administrator(백신 관리자 싸인): _____

Date of Service (백신접종 날짜)	Vax type (백신 형태)	Vaccine Mfgr 백신 제조자	Lot No. 백신 번호	Exp Date 유효 날짜	Dose (mL) 용량	State Supplied 주 제공	Preserv Free	Injection Route(Circle)주사점 중 경로(동그라미)	Injection site(Circle) 주사 접종 부분(동그라미)	Date on VIS비스 날짜	Date VIS Given 비스 주어진 날짜
	IIV4				0.5	Yes No	Yes No	IM	R Arm L Arm	8/19/2014	9/15/2014
	LAIV4	Med-Immune			0.2	Yes No	Yes	Intranasal	NA	8/19/2014	9/15/2014

인플루엔자 백신

꼭 알아야 할 사항

(인플루엔자 백신,
생백신, 비강형 백신)
2014-2015

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis
많은 백신 안내문은 스페인어와 기타 언어로 작성하여 배포하고 있습니다. www.immunize.org/vis를 참조하십시오.

1 왜 예방 접종을 해야 합니까?

인플루엔자는 미국에서 매년 겨울에(보통 10월 ~ 5월) 유행하는 전염병입니다.

인플루엔자는 인플루엔자 바이러스가 원인으로 기침과 재채기, 접촉을 통하여 전염됩니다.

누구나 인플루엔자에 걸릴 수 있으나 어린이가 인플루엔자에 걸릴 위험이 가장 높습니다. 증상은 갑자기 나타나며 여러 날 지속될 수 있습니다. 다음과 같은 증상이 나타날 수 있습니다.

- 열/오한
- 목의 통증
- 근육통
- 피로
- 기침
- 두통
- 콧물 또는 코막힘

어떤 사람은 다른 사람보다 그 증상이 훨씬 심할 수 있습니다. 어린 아동이나 65세 이상, 임신부 또는 심장이나 폐, 신장 질환, 신경계 질환이 있거나 면역 체계가 약해진 사람들이 그렇습니다. 이러한 사람과 이러한 사람과 가까이 접촉하는 사람들에게 인플루엔자 예방 접종이 특히 중요합니다.

인플루엔자는 폐렴으로 발전할 수 있으며 기존 질병을 악화시킬 수 있습니다. 어린이는 설사와 발작을 일으킬 수 있습니다.

매년 **미국에서 수천 명이 인플루엔자로 사망하거나** 많은 사람들이 병원에 입원합니다.

인플루엔자 백신 접종이 인플루엔자와 그 합병증을 예방하는 최선의 방법입니다. 인플루엔자 백신 접종을 통하여 대인 접촉으로 인플루엔자가 전염되는 것을 예방할 수 있습니다.

2 병원성이 약화된 생백신 — LAIV, 비강 스프레이

병원성이 약화된 생인플루엔자 백신(LAIV)을 코 속으로 분사하여 접종합니다. “약화된”은 병원성이 약화된음을 뜻합니다. 백신의 바이러스는 병원성이 약화되어 인플루엔자를 발생시키지 않습니다.

살아 있는 백신이 포함되지 않은 “불활성화 백신 및 재조합 백신도 있습니다. 이 백신은 주사기로 주사하여 접종합니다.

주사형 인플루엔자 백신은 별도의 백신 안내문에서 설명합니다..

매년 인플루엔자 예방 접종을 하는 것이 좋습니다.

6개월에서 8세 아동 중에는 일 년에 두 번 접종을 해야 합니다.

인플루엔자 바이러스는 항상 변합니다. 매년 그 해에 질병을 일으킬 가능성이 있는 바이러스를 예방하는 인플루엔자 백신이 제조됩니다. LAIV는 4종의 다른 인플루엔자 바이러스를 예방합니다. 인플루엔자 백신은 모든 인플루엔자를 예방할 수는 없으나 이 질병을 예방하는 최선의 방법입니다.

백신 접종 후 예방 항체가 형성되는데 약 2주가 걸리며 예방 항체는 몇 개월에서 1년 정도 지속됩니다.

인플루엔자 바이러스로 발병하지 않는 질병이 자주 인플루엔자로 오인됩니다. 인플루엔자 백신은 이러한 질병을 예방하지 못합니다. 오직 인플루엔자만 예방할 수 있습니다.

LAIV는 **2 ~ 49세** 사이의 사람에게 접종할 수 있습니다. 이 백신은 다른 백신과 동시에 접종해도 안전합니다.

LAIV는 티메로살이나 기타 방부제가 함유되지 않습니다.

3 이 백신을 접종해서는 안되는 사람이 있습니다.

다음에 해당하는 사람은 백신을 접종하는 사람에게 그 사실을 알려주세요.

- **매우 심하여 생명을 위협할 정도의 알레르기가 있는 경우**(예: 젤라틴 또는 항생제에 대한 알레르기) 인플루엔자 백신 접종 후 생명을 위협할 정도의 알레르기가 발생한 적이 있거나 이 백신 성분에 대한 심각한 알레르기가 있을 경우 백신을 접종해서는 안 됩니다.
- **길랭-바레 증후군**을(심한 마비가 오는 질병) 앓았던 경우) 길랭-바레 증후군 병력이 있는 사람 중 일부는 이 백신을 접종하지 않아야 합니다. 그런 사람은 의사와 상의해야 합니다.
- 심장 또는 호흡 기관, 신장, 간, 신경계 질병 등 **장기간 앓고 있는 지병**이 있는 경우 의사의 조언에 따라 LAIV 접종을 할 것인지 결정할 수 있습니다.
- **지난 4주 이내에 다른 백신을 접종하였거나 몸이 좋지 않은 경우** 가벼운 병세가 있을 경우 보통 인플루엔자 백신 접종을 해도 무방하지만 증세가 호전될 때까지 기다리라는 권고를 받을 수 있습니다. 증세가 호전된 후 백신을 접종해야 합니다.
- **다음의 경우 비강 스프레이 접종 대신에 주사형 접종을 해야 합니다.**
 - 임신 중일 경우
 - 면역계가 약해진 경우



- 계란 알레르기가 있는 경우
- 천식이 있거나 숨을 쉴 때 쌉쌉거리는 어린 아동
- 장기적으로 아스피린을 복용하는 아동이나 청소년
- 매우 면역계가 약해진 사람을 7일 이내에 방문하거나 간호할 예정인 경우(의료인에게 문의)
- 지난 48시간 이내에 인플루엔자 항바이러스 약품을 복용한 경우

백신 접종을 실시하는 사람에게 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.

4 백신 반응의 위험

다른 의약품과 마찬가지로 백신에는 부작용이 있을 수 있습니다. 보통 부작용은 경미하고 저절로 없어집니다.

백신 접종 후 발생할 수 있는 문제:

- 백신에 대한 알레르기 반응이 심한 경우는 매우 드물어 1/1백만 미만으로 추정됩니다. 알레르기 반응은 보통 백신 접종 후 몇 분에서 몇 시간 이내에 발생합니다.

LAIV 접종 후 나타나는 경미한 증상:

2-17세의 아동과 청소년:

- 콧물, 코막힘, 기침
- 열
- 두통 및 근육통
- 숨 쉴 때 쌉쌉거림
- 복통 또는 간헐적 구토, 설사

18-49세 성인:

- 콧물, 코막힘
- 목의 통증
- 기침, 오한, 피로/쇠약
- 두통

LAIV는 병원성이 약화된 바이러스로 제조되므로 **인플루엔자를 일으키지 않습니다.**

모든 의약품과 마찬가지로 백신이 심각한 상해 또는 사망을 일으킬 가능성이 매우 희박합니다.

백신의 안전성은 항상 모니터링됩니다. 더 자세한 사항은 www.cdc.gov/vaccinesafety/를 방문하십시오.

5

심각한 반응이 나타날 경우 어떻게 합니까?

무엇을 주의 깊게 살펴보아야 합니까?

- 심각한 알레르기 반응, 고열, 행동 변화 등 문제가 되는 모든 사항을 주의 깊게 살펴보아야 합니다.

심각한 알레르기 반응의 증상에는 두드러기, 얼굴과 목이 붓는 증상, 호흡 곤란, 심장 박동이 빨라짐, 어지럼증, 몸에 힘이 없음 등이 있습니다. 이러한 증상은 백신 접종 후 수 분에서 수 시간 내에 시작됩니다.

무엇을 해야 합니까?

- 알레르기 반응이 심각하거나 호전되지 않을 경우 9-1-1로 전화하거나 가까운 병원으로 데리고 가십시오. 아니면, 의사에게 전화하십시오.
- 그리고 난 다음 백신 유해 사례 보고 시스템(VAERS)에 알레르기 반응을 신고해야 합니다. 의사가 이 보고서를 제출해야 합니다. 또는 직접 VAERS 웹 사이트 www.vaers.hhs.gov에서 또는 1-800-822-7967로 전화하여 신고할 수 있습니다..

VAERS가 의학적 조연을 하지는 않습니다.

6

연방 정부의 백신 피해 보상 프로그램

연방 정부 백신 피해 보상 프로그램(VICP)은 특정 백신 때문에 손상을 입은 사람에게 보상하기 위해 만들어진 연방 프로그램입니다.

백신으로 인해 손상을 입었다고 생각하는 사람은 **1-800-338-2382**로 전화하거나 VICP 웹 사이트 (www.hrsa.gov/vaccinecompensation)를 방문하여 이 프로그램과 배상 청구에 관하여 알아볼 수 있습니다. 보상 청구에는 시한이 있습니다.

7

더 자세한 내용은 어떻게 알아볼 수 있습니까?

- 의료인에게 문의하십시오.
- 지자체 또는 주 보건부로 전화하십시오.
- 다음 방법으로 질병 통제 센터(CDC)로 연락하십시오.
 - **1-800-232-4636 ((1-800-CDC-INFO))**로 전화하십시오.
 - CDC 웹 사이트(www.cdc.gov/flu)를 방문하십시오.

Vaccine Information Statement (Interim) Live Attenuated Influenza Vaccine

Korean

08/19/2014

42 U.S.C. § 300aa-26

Office Use Only



인플루엔자 백신

꼭 알아야 할 사항

(인플루엔자 백신,
불활성화, 재조합)
2014-2015

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

많은 백신 안내문은 스페인어와 기타 언어로 작성하여 배포하고 있습니다. www.immunize.org/vis를 참조하십시오.

1 왜 예방 접종을 해야 합니까?

인플루엔자는 미국에서 매년 겨울에(보통 10월 ~ 5월) 유행하는 전염병입니다.

인플루엔자는 인플루엔자 바이러스가 원인으로 기침과 재채기, 접촉을 통하여 전염됩니다.

누구나 인플루엔자에 걸릴 수 있으나 어린이가 인플루엔자에 걸릴 위험이 가장 높습니다. 증상은 갑자기 나타나며 여러 날 지속될 수 있습니다. 다음과 같은 증상이 나타날 수 있습니다.

- 열/오한
- 목의 통증
- 근육통
- 피로
- 기침
- 두통
- 콧물 또는 코막힘

어떤 사람은 다른 사람보다 그 증상이 훨씬 심할 수 있습니다. 어린 아동이나 65세 이상, 임신부 또는 심장이나 폐, 신장 질환, 신경계 질환이 있거나 면역 체계가 약해진 사람들이 그렇습니다. 이러한 사람과 이러한 사람과 가까이 접촉하는 사람들에게 인플루엔자 예방 접종이 특히 중요합니다.

인플루엔자는 폐렴으로 발전할 수 있으며 기존 질병을 악화시킬 수 있습니다. 어린이는 설사와 발작을 일으킬 수 있습니다.

매년 **미국에서 수천 명이 인플루엔자로 사망하거나** 많은 사람들이 병원에 입원합니다.

인플루엔자 백신 접종이 인플루엔자와 그 합병증을 예방하는 최선의 방법입니다. 인플루엔자 백신 접종을 통하여 대인 접촉으로 인플루엔자가 전염되는 것을 예방할 수 있습니다.

2 불활성화 백신 및 재조합 백신

“**불활성화**” 또는 “**재조합**” 백신 중 하나인 주사형 인플루엔자 백신을 접종합니다. 이러한 백신에는 살아 있는 인플루엔자 바이러스가 없습니다. 이러한 백신은 주사로 접종을 합니다.

병원성이 약화된, 인플루엔자 생백신은 콧속으로 분무합니다. 이 백신은 별도의 백신 안내문에서 설명합니다..

매년 인플루엔자 예방 접종을 하는 것이 좋습니다. 6개월에서 8세 아동 중에는 일 년에 두 번 접종을 해야 합니다.

인플루엔자 바이러스는 항상 변합니다. 매년 그 해에 질병을 일으킬 가능성이 있는 3 또는 4종의 바이러스를 예방하는 인플루엔자 백신이 제조됩니다. 인플루엔자 백신은 모든 인플루엔자를 예방할 수는 없으나 이 질병을 예방하는 최선의 방법입니다.

백신 접종 후 예방 항체가 형성되는데 약 2주가 걸리며 예방 항체는 몇 개월에서 1년 정도 지속됩니다.

인플루엔자 바이러스로 발병하지 않는 질병이 자주 인플루엔자로 오인됩니다. 인플루엔자 백신은 이러한 질병을 예방하지 못합니다. 오직 인플루엔자만 예방할 수 있습니다.

일부 불활성화 인플루엔자 백신에는 티메로살이라는 수은 함유 방부제가 소량 들어 있습니다. 연구 결과 백신에 함유된 티메로살은 유해하지 않은 것으로 밝혀졌지만 방부제가 함유되지 않은 인플루엔자 백신도 있습니다.

3 이 백신을 접종해서는 안되는 사람이 있습니다.

다음에 해당하는 사람은 백신을 접종하는 사람에게 그 사실을 알리십시오.

- **매우 심하여 생명을 위협할 정도의 알레르기**가 있는 경우 인플루엔자 백신 접종 후 생명을 위협하는 알레르기 반응이 있었거나 이 백신의 성분에 대한 심각한 알레르기가 있는 경우(예: 젤라틴, 항생 물질, 계란) 백신 접종을 하지 말라는 권고를 받을 수 있습니다. 모두는 아니지만 대부분의 인플루엔자 백신에는 계란 단백질이 소량 함유되어 있습니다.
- **길랭-바레 증후군**(심한 마비가 오는 질병) 앓았던 경우) 길랭-바레 증후군 병력이 있는 사람 중 일부는 이 백신을 접종하지 않아야 합니다. 그런 사람은 의사와 상의해야 합니다.
- **몸이 좋지 않은 경우** 가벼운 병세가 있을 경우 보통 인플루엔자 백신 접종을 해도 무방하지만 증세가 호전될 때까지 기다리라는 권고를 받을 수 있습니다. 증세가 호전된 후 백신을 접종해야 합니다.

4 백신 반응의 위험

다른 의약품과 마찬가지로 백신에는 부작용이 있을 수 있습니다. 보통 부작용은 경미하고 저절로 없어집니다.

백신 접종 후 발생할 수 있는 문제:

- 백신 접종을 포함한 모든 의료 처치 후 잠시 동안 기절할 수 있습니다. 15분 가량 앉거나 누워 있으면 기절을 방지하고 넘어져 부상을 입는 사태를 방지할



수 있습니다. 어지럽거나 시야가 흐려지거나 귀에서 소리가 나는 경우 의사에게 알려주세요.

- 백신 접종 후 접종한 팔의 어깨 통증이 심하거나 운동 범위가 줄어들 수 있으나 그런 경우는 거의 드뭅니다.
- 백신에 대한 알레르기 반응이 심한 경우는 매우 드물어 1/1백만 미만으로 추정됩니다. 알레르기 반응은 보통 백신 접종 후 몇 분에서 몇 시간 이내에 발생합니다.

불활성화 인플루엔자 백신 접종 후 나타나는

경미한 증상:

- 접종한 부위가 아프거나 붉어지거나 부어오름
- 목이 쉬
- 눈이 아프거나 빨개지거나 가려움
- 기침
- 열
- 통증
- 두통
- 가려움
- 피로

이러한 증상은 보통 접종 후 바로 시작되며 1일 또는 2일 지속됩니다.

불활성화 인플루엔자 백신 접종 후 나타나는

중간 정도의 증상:

- 불활성화 인플루엔자 백신과 폐렴 백신(PCV13)을 동시에 접종한 어린 아동은 열 때문에 발생하는 발작 위험이 증가할 수 있다. 자세한 사항은 의사에게 문의하십시오. 인플루엔자 백신을 접종하려는 아동이 발작을 일으킨 적이 있을 경우 의사에게 알려주세요.

불활성화 인플루엔자 백신에는 살아 있는 인플루엔자 바이러스가 없기 때문에 **이 백신 때문에 인플루엔자에 걸릴 수 없습니다.**

모든 의약품과 마찬가지로 백신이 심각한 상해 또는 사망을 일으킬 가능성이 매우 희박합니다.

백신의 안전성은 항상 모니터링됩니다. 더 자세한 사항은 www.cdc.gov/vaccinesafety/를 방문하십시오.

5 심각한 반응이 나타날 경우 어떻게 합니까?

무엇을 주의 깊게 살펴보아야 합니까?

- 심각한 알레르기 반응, 고열, 행동 변화 등 문제가 되는 모든 사항을 주의 깊게 살펴보아야 합니다.

심각한 알레르기 반응의 증상에는 두드러기, 얼굴과 목이 붓는 증상, 호흡 곤란, 심장 박동이 빨라짐, 어지럼증, 몸에 힘이 없음 등이 있습니다. 이러한 증상은 백신 접종 후 수 분에서 수 시간 내에 시작됩니다.

무엇을 해야 합니까?

- 알레르기 반응이 심각하거나 호전되지 않거나 기다릴 수 없는 기타 위급한 상황이 발생할 경우 9-1-1로 전화하거나 가까운 병원으로 데리고 가십시오. 아니면, 의사에게 전화하십시오.
- 그리고 난 다음 백신 유해 사례 보고 시스템(VAERS)에 알레르기 반응을 신고해야 합니다. 의사가 이 보고서를 제출해야 합니다. 또는 직접 VAERS 웹사이트 www.vaers.hhs.gov에서 또는 1-800-822-7967로 전화하여 신고할 수 있습니다..

VAERS가 의학적 조연을 하지는 않습니다.

6 연방 정부의 백신 피해 보상 프로그램

연방 정부 백신 피해 보상 프로그램(VICP)은 특정 백신 때문에 손상을 입은 사람에게 보상하기 위해 만들어진 연방 프로그램입니다.

백신으로 인해 손상을 입었다고 생각하는 사람은 1-800-338-2382로 전화하거나 VICP 웹사이트(www.hrsa.gov/vaccinecompensation)를 방문하여 이 프로그램과 배상 청구에 관하여 알아볼 수 있습니다. 보상 청구에는 시한이 있습니다.

7 더 자세한 내용은 어떻게 알아볼 수 있습니까?

- 의료인에게 문의하십시오.
- 지자체 또는 주 보건부로 전화하십시오.
- 다음 방법으로 질병 통제 센터(CDC)로 연락하십시오.
 - 1-800-232-4636 ((1-800-CDC-INFO)로 전화하십시오.
 - CDC 웹사이트(www.cdc.gov/flu)를 방문하십시오.

Vaccine Information Statement (Interim)
Inactivated Influenza Vaccine
Korean

08/19/2014



42 U.S.C. § 300aa-26

Translation provided by the California Department of Public Health

Introducing the
Massachusetts Immunization Information System

MIIS

Fact Sheet for Parents and Patients



The MIIS is a new statewide system to keep track of immunization records for you and your family. These records list the vaccinations (shots) you and your children get to protect against measles, chickenpox, tetanus, and other diseases. The goal is to make sure that everyone in Massachusetts is up-to-date with their shots and that your records are available when you need them – such as when your child enters school, when you need emergency medical help, or when you change healthcare providers.

What is the MIIS?

- A computerized system that collects and stores basic immunization information for people who live in Massachusetts.
- A secure and confidential system, as required by Massachusetts law.
- A system that is available for people of all ages, not just children.

How will it help me?

The MIIS:

- Helps you and your family get the best care wherever you go for your healthcare.
- Makes sure that you and your children don't miss any shots or get too many.
- Can print a record for you or your children when you need it – if you move, if your doctor retires, or when your child starts school or camp.

Why is this important?

- As you know, the schedule of shots needed to keep healthy can be very complicated. The MIIS:
- Helps your healthcare provider keep track of which shots are due and when they should be given.
 - Keeps all your immunization records together for you, your family, and your healthcare provider.
 - Provides proof of vaccination for your children.
 - Helps prevent outbreaks of disease like measles and the flu in your community.
 - Keeps shot records safe during natural disasters such as flooding or hurricanes.



What information is kept in the MIIS?

- A list of shots that you or your children have received as well as any that you or your children get in the future.
- Information needed for safe and accurate immunization of each patient, such as:
 - » Full name and birth date.
 - » Gender (male or female).
 - » Mother's maiden name (for children).
 - » Address and phone number.
 - » Provider office where each shot is given.

How does this information get into the system?

- Information about children is added when a child is born or when a child gets his or her first shots.
- Your healthcare provider can add your records or your family's records if they are not already in the MIIS.

Who has access to my records?

- The Department of Public Health (DPH) uses modern technology to make sure that all information entered into the MIIS is kept secure and confidential.
- The information in the MIIS is only available to:
 - » Healthcare providers or others ensuring appropriate immunization, as authorized by DPH.
 - » Schools.
 - » Local boards of health.
 - » DPH, including the WIC program, and other state agencies or programs that provide education and outreach about vaccines to their clients.
 - » Studies specially approved by the Commissioner of Public Health which meet strict legal safeguards.

What if I don't want my information shared?

- You have the right to limit who can see your information.
- To limit who can see your information, you need to fill out the 'Objection or Withdrawal of Objection to Data Sharing' form which you can get from your healthcare provider.
- If you decide to limit who can see your information, your current healthcare provider will be able to see the shots they have given to you or your children, but may not be able to see your complete immunization history.
- If you decide to limit who can see your information, you will not have access to all of the benefits of the MIIS, like sharing your immunization records with schools and emergency rooms, and a complete record of shots in a single place.
- You can change your mind (decide to share or not share your information) at any time.

How can I get more information?

Please visit our website at www.mass.gov/dph/miis, contact the Massachusetts Immunization Program directly at 617-983-6800 or 888-658-2850, or ask your healthcare provider for more information.